

THESE

1093

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE.

(Diplôme d'État)

par

HERMARY Philippe né le 28 Mai 1929 à Paris VII^e.

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1956.

LES RUPTURES DE L'UTERUS AU COURS DU TRAVAIL.

A PROPOS DE SIX CAS RECENTS.

Président : P. LANTHEJOU, Professeur.

1956

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE.

(Diplome d'état)

par

HERMARY Philippe né le 28 Mai 1929 à PARIS VII^e

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1956.

LES RUPTURES DE L'UTERUS AU COURS DU TRAVAIL.

A PROPOS DE SIX CAS RECENTS.

Président : P. LANTUEJOL Professeur.

DOYEN HONORAIRE : L. BAUDOIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

1. BAUDOIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE, LAUBRY, LEHALTRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOQUOT, MONDOR, MOLON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANIE, SEZARY, TANON.

DOYEN: LEON BÉNET Membre de l'Institut

ASSESSUR : Jean Verne.

1) PROFESSEURS : MM.

ANATOMIE : Cordier.

ANA. PATH. : Delarue.

BACTERIOLOGIE : N.

BIOLOGIE E.P. : Chailley-Bert.

BIOLOGIE MEDICALE : Verne.

CARCINOLOGIE : Oberling.

CHIMIE MEDICALE : Jayle.

: Hotel-Dieu : Brocq.

CLINIQUES : Broussais : De Gaudart d'Allaines.

CHIRURGICALES : : Cochin : Quém.

: Salpêtrière : N.

Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique : Merle d'

CLINIQUE DE CARDIOLOGIE : Rouquin. Aubigné.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE : Fèvre.

CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE : Monod.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE : Bernard.

CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE : Petit-Dutaillis.

CLINIQUE DE PUERICULTURE : Lelong.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIKES : Degos.

CLINIQUE DES MALADIES DU SANG : Chevallier.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX : Alajouanine.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS : Debré.

CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES : Mollaret.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE : Delay.

CLINIQUE GYNECOLOGIQUE : Funck-Brentano.

: Hotel-Dieu : N.

CLINIQUES : Bichat : N.

MEDICALES : Cochin : Moreau.

: Broussais : De Gennes.

CLINIQUE D'HYDRO-CLIMATOLOGIE : Justin-Besançon.

CLINIQUE MEDICALE PROPEDEUTIQUE : Pasteur-Vallery-Radot.

CLINIQUE DU DIABETE SUCRE ET DES MALADIES DE LA NUTRITION :

Boulin.

Tarnier : Lantusjoul.

CLINIQUES OBSTETRICALES : Port-Royal : Lacomme.

Baudelocque : N.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE : Velter.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE : Aubin.

CLINIQUE DES PROBLEMES ALIMENTAIRES : Richet.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE INFANTILE : Heuyer.

CLINIQUE RHUMATOLOGIQUE ET SOCIALE : Coste.

CLINIQUE STOMATOLOGIQUE : Dechaume.

CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE : Sénèque.

III) PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

CLINIQUE CHIRURGICALE :

MM. Ameline -Huguier - Léger - Padovani - Patel - Roux -
Rudler - Sicard.

CLINIQUE MEDICALE:

MM. Broust - Decourt - Dreyfus - Fauvert.- Hagueneau -
Hamburger - Kourilsky - Marchal - Soulié.

CLINIQUE OBSTETRICALE:

MM. Escalle - Mayer - Varangot.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE:

MM. Offret - Renard.

CLINIQUE UROLOGIQUE : M. Couvelaire.

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE : M. Morel.

SECRETAIRE : Mlle. Chaintreuil.

CONSERVATEUR ,chargé de la Direction :M. le Docteur Hahn.

CONSERVATEUR : Mlle Goichon.

BIBLIOTHECAIRES : Mlles Dumaitre - Laurent - Le Noir -
Quiévreux.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798 ,l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront
présentées ,doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

qui m'ont permis de faire mes études,
en témoignage de ma filiale affection.

A MA FAMILLE.

A MON ONCLE

le Docteur Alfred Hermery qui exerce encore après
soixante ans de dévouement envers ses malades.

A MES AMIS.

A MES MAITRES

dans les Hopitaux parisiens :

les Professeurs Sénèque

Degos

Aubry.

les Docteurs Antonelli - Billet - Célice

Hervet - Péron - Salet - Voisin.

AUX DOCTEURS A. Dufour et G. Godlewski ,

qui ont guidé et soutenu mes premiers pas dans les
études médicales par leurs conseils et leur enseignement.

A MES SUPERIEURS ET MES CAMARADES

du Service de Santé de l'Air au Maroc.

LES RUPTURES DE L'UTERUS AU COURS DU TRAVAIL.
A PROPOS DE SIX CAS RECENTS.

DÉFINITION

Toute solution de continuité , provoquée ou spontanée, complète ou incomplète , étendue ou limitée , siégeant au niveau du corps ou du segment inférieur de l'utérus.

HISTORIQUE.

Les premières descriptions de ruptures de l'utérus remontent à la fin du XV^e siècle et au début du XVI^e avec Bonivinius à Florence , Marcel Donatus et Fabrice de Hildan en France.

Les ruptures de l'utérus ont été étudiées de façon plus sérieuse.

Guilleneau , élève d'Ambroise Paré , les décrit et insiste sur la gravité de leur pronostic.

Cranz le confirme en 1759.

Les ruptures de l'utérus ont été étudiées de façon plus sérieuse.

de ces ruptures , mais ce sont surtout au XIX^e siècle Michaelis et Bandl qui en précisent la séméiologie et l'étiologie : le premier mettant en lumière l'importance du rôle des dystocias par disproportion foeto-pelvienne , le second faisant pour la première fois la distinction essentielle entre les segments corporel et inférieur de l'uté.

dissemblables tant histologiquement que physiologiquement.

Enfin Tarnier, Leckel, Pinard, Varnier en ont édifié les indications et les techniques thérapeutiques.

Tous les auteurs modernes mettent l'accent sur la diminution de fréquence des ruptures utérines par rapport à ce qu'on observait au début du siècle.

Il semble cependant que cette diminution de fréquence se soit stabilisée aux alentours de une pour mille accouchements en Europe tout au moins, car en Afrique du Nord dans tous les pays sous développés, la fréquence de cet accident est beaucoup plus grande, atteignant parfois le taux de 1% accouchements (Maroc 1954).

Quelques chiffres sur le pourcentage de ruptures utérines par rapport au nombre d'accouchements :

Aux Etats-Unis	0,6	pour mille	(calculé sur 1.200.000 cas)
En Argentine	0,9	"	"
En Allemagne	0,9	"	"
En Italie	2,5	"	"
En Yougoslavie	2,5	"	"
En U.R.S.S.	0,7	"	"
En Finlande	0,2	"	"

SIEGE.

Les ruptures utérines au cours du travail se produisent dans la majorité des cas au niveau du segment inférieur de l'utérus.

- Ce fait est d'ailleurs tout à fait logique étant donné :
- la plus grande fragilisation de cette portion de l'utérus au cours du travail par l'étirement qu'elle subit et qui l'amincit considérablement.
 - la possibilité de fragilisation supplémentaire par :
 - insertion basse du placenta qui érode cette paroi déjà si mince naturellement ou par la présence d'une :
 - fibrosion de césarienne segmentaire, de plus en plus fréquente actuellement puisqu'elle a complètement supplanté la téscarienne corporeale depuis quelques années.
 - la proximité du col dont les déchirures vont s'étendre volontiers dans une région aussi propice, et aussi la proximité de la main de l'opérateur qui, seule ou armée d'un forceps, peut être un facteur de rupture.

Sur 25 observations récentes étudiées, 10 ruptures siègeaient au niveau du segment inférieur.

Les 25 ruptures corporeales étaient presque toutes des désunions de cicatrices de césariennes corporeales ou secondaires à l'emploi de l'extrait hypophysaire.

Toute rupture utérine au cours du travail est due à l'association d'une cause prédisposante à une cause déterminante.

Les causes prédisposantes sont nombreuses, d'origine maternelle le plus souvent ; les causes déterminantes peuvent entraîner la responsabilité du médecin ou de la sage femme qui auraient pu éviter la rupture par leur intervention ou, au contraire, leur abstention.

D'où la rareté des ruptures spontanées puisque, très souvent c'est une intervention extrinsèque qui permet le déclenchement de l'accident, intervention qui peut d'ailleurs être, soit contemporaine à la rupture, comme une injection de post hypophyse par exemple, soit antérieure à cette rupture comme une césarienne.

Certains auteurs ont même soutenu l'inexistence des ruptures utérine spontanées et Metzger a écrit :

" Il n'y a pas de rupture utérine spontanée ; on retrouve toujours dans les antécédents de la malade quelque fausse couche curettée plus ou moins adroitement, ayant entraîné une perte de substance pariétale ou, à un degré de plus, une perforation passée ou non inaperçue."

Causes prédisposantes.

Ce sont toutes des facteurs d'altération de la paroi utérine, au premier rang desquels se place la multiparité

En effet ,après chaque grossesse ,du tissu fibreux se forme dans la paroi utérine ,tissu qui devient abondant chez une grande multipare et qui résiste moins bien ,du fait de sa faible élasticité à un effort intense et soutenu. En 2004 même les fibres utérines subit une régénérescence grossière et les ramifications vasculaires sont altérées. On voit dans le myomètre utérine ,c'est le segment inférieur qui sera le plus fragilisé par des grossesses multiples car c'est justement lui qui est le plus riche normalement en tissu fibreux et qui est le plus étiré au cours de l'accouchement.

-En résumé ,la multiparité est un facteur prédisposant important surtout si la femme a subi au cours d'un travail antérieur une intervention quelconque ou que le travail s'est montré difficile.

- Qu'on en juge par les chiffres suivants :

Pour cent ruptures	Merz	donne 94 multipares.
	Koblank	93,8
	Freund	87
	Kolakov	97,7
	Lambert	96
	Andreault	97

Enfin sur 50 cas de ruptures étudiés ,47 sont survenues chez une multipare soit 94% des cas.

- Plus rarement interviennent d'autres facteurs de fragilisation utérine tels que : les tumeurs de la paroi :
 - Fibro-myomes , cancers ; les infections de la paroi ;
 - Endométrite , abcès utérin ou enfin des affections vasculaires : thrombose d'une veine utérine.
- Mais , en dehors de la multiparité ou plutôt s'ajoutent à celle-ci , puisqu'une femme césariée est au moins une multipariste , la préexistence d'une cicatrice de césarienne est un important facteur de fragilisation utérine.
- La fréquence actuelle des indications de l'hystérotomie n'est pas faite pour en diminuer le pourcentage et il faut considérer qu'actuellement 25% des ruptures utérines s'observent sur un utérus antérieurement césarien , du moins en Europe et dans les pays de haute civilisation.
- En Afrique du Nord , par contre , où la césarienne n'est pratiquée sur une grande échelle que depuis un relativement petit nombre d'années , le pourcentage est moitié moindre . Il semble cependant certain que la pratique de la césarienne ait entraîné une diminution sensible des cas de rupture de la cicatrice au cours du travail.
- Malheureusement , si la grande majorité des auteurs insiste sur la fréquence relative des ruptures chez les femmes césariées , ils ne s'accordent pas sur les causes anatomiques

de cette fréquence. Les uns prétendant que la cicatrice est plus fragile que la paroi, les autres affirmant au contraire que la plaie bien cicatrisée est plus solide que la paroi adjacente surtout au niveau du segment inférieur. Nous avons relevé cependant dans deux observations, des compte-rendus histologiques de l'examen des pièces opératoires qui mettent en évidence au niveau de la cicatrice de ~~la plaie~~ ~~après~~ ~~césarienne~~, la présence de microbes pathogènes et de polymorphonucléaires altérés, témoins d'une infection latente.

- Si le quart des ruptures de l'utérus au cours du travail s'observent sur un utérus antérieurement césarisé, on en retrouve la même proportion secondairement à une plaie cervico-segmentaire à des curetage ou dilatation, myomectomie ou perforation utérine.

C'est dire que si les ruptures surviennent chez une multipare, plus de moitié d'entre elles résultent de leurs antécédents ou d'intervention chirurgicale.

- Tels sont les facteurs de la pléiade de l'utérus sur lesquels vient à se greffer le facteur déclencheur.

Ce sont ces causes qui peuvent être évitées par le médecin ou la sage-femme, et dont on ne peut pas dire qu'il s'agit de cause interne. Elles ne sont pas donc les perçues par les auteurs de la statistique.

Causes déterminantes

On peut rassembler les causes en deux groupes :
- l'un l'utérus affaibli par les causes précédentes des
efforts trop directs.

Les obstacles peuvent être d'origine maternelle :

- les bassins dystociques viennent en tête par ordre de fréquence et , parmi eux , les bassins généralement rétrécis dans la proportion de 50 à 75 suivant les auteurs.
- Les tumeurs praeviae : kyste de l'ovaire , fibromes ,
cervicales, etc.

- les malformations du fœtus.
Ils peuvent être de nature héréditaire :

- l'excès de volume : le plus en dystocie des épaules qu'il
s'agit de reconnaître.
- l'excès de volume relatif : céphalique : hydrorhénocéphalie.

ou de longueur sacro-coccygienne

- l'obésité violente : le plus négligée.

ou du poids démesuré.

Enfin ces obstacles peuvent être d'origine foetale

Malformations du fœtus.

- Malformations du fœtus : le plus fréquent.

Les ruptures utérines déclenchées par une intervention extrinsèque.

Elles sont malheureusement trop nombreuses ; bien que la plupart ne soient pas publiées , l'étude de 50 cas récents montre que 20 d'entre eux sont sans aucun doute consécutifs à une fausse manœuvre ou à une intervention intempestive .
Il existe , selon le mot d'un auteur moderne , trois façons de provoquer une rupture utérine : " la main , l'acier , et l'hypophyse ."

- La main ce sont les versions par manœuvres internes.

Sur 11 observations de ruptures publiées , Ingram en compte quatre qui relèvent de cette étiologie. (1952)

Trois observations françaises sont frappantes par leur ressemblance :

- Il s'agit de trois versions pratiquées sur trois présentations céphaliques, transférées ainsi en siège, et terminées par des manœuvres de Champetier de Bibes ; il en est résulté trois ruptures du segment inférieur , toutes trois suturées et guéries , mais les trois enfants sont morts.

- L'acier ce sont les forces appliquées sur des cols incomplètement dilatés ou sur une présentation au détroit supérieur ou encore opérant en cours de traction.

Ces deux premières étiologies sont cependant en diminution

du fait de la tendance actuelle à l'accouchement en milieu spécialisé et compétent comportant un équipement moderne qui permet d'éviter au maximum les fausses manœuvres au cours de l'accouchement.

- Par contre, l'injection d'extraît de lobe postérieur d'hypophyse, technique d'utilisation relativement récente, joue un rôle de premier plan dans la genèse des ruptures de l'utérus, rôle que la généralisation de son emploi n'est pas fait pour restreindre.

Ce qui ne signifie pas que l'on doit systématiquement rejeter cette indication mais que les conditions de son emploi doivent répondre à des indications limitées :

* Il n'est pas une fois que je n'emploie la post-hypophyse sans ressentir une petite vague d'anxiété et je ne l'emploie que si les cas d'écueil, je puis terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps dans une installation adéquate." (Vignes)

Huit des cinquante ruptures récentes étudiées pour ce travail s'avèrent être consécutives à l'emploi de l'extraît hypophysaire.

Telles sont les principales causes des ruptures utérines au cours du travail. Il ressort de leur étude que, si le nombre des utérus fragilisés ne diminuera pas, bien au contraire, dans l'avenir, il est essentiel d'éviter à ces utérus des efforts violents et soutenus.

Ceci peut être obtenu avant l'accouchement par la surveillance des femmes en observation des symptômes annonçant l'accouchement par l'étude soigneuse de l'acommodation foeto-pelvienne et du déroulement du travail en limitant au maximum les manoeuvres de force destinées, quelle qu'en soit la nature, à "forcer le passage".

- Il n'en existe pas moins des ruptures utérines que l'on peut incontestablement qualifier de spontanées tant leur survenue semble se produire en dehors de toute étiologie directement déterminante et sur des utérus dont aucun antécédent n'explique la fragilisation.

Ce sont d'ailleurs généralement des formes graves du fait de leur méconnaissance et de la mise en œuvre retardée du traitement qui précède de ce diagnostic tardif.

- Tel est le cas de cette jeune femme de 27 ans qui accouchait pour la seconde fois après une première parturition absolument normale et chez laquelle apparurent brutalement des signes d'hémorragie interne grave alors que la tête de l'enfant était à la vulve.

Après une période d'arrêt, le fœtus rapide chez cette femme en état de choc, les signes d'hémorragie en utérine mit en évidence une lésion grave du segment inférieur.

Malgré l'incertitude de la nature de la lésion, la malade ne put être

SIGNES CLINIQUES

Nous passerons rapidement sur la symptomatologie classique bien connue et qui ne se rencontre que dans la minorité des cas pour insister sur les formes insidieuses beaucoup plus fréquentes.

Classiquement l'évolution d'une rupture utérine au cours du travail se divise en trois phases : prérupture ,rupture en constitution et rupture confirmée.

I) Phase de prérupture.

C'est la période pendant laquelle la paroi utérine lutte contre un obstacle ,elle se "cabre" ,cette lutte est cliniquement objectivée par l'apparition chez une femme en travail depuis longtemps et dont l'utérus ne se relâche pas entre les contractions, de la classique triade de Frommel :

- Utérus en sautoir présentant une poche supérieure et une poche inférieure.
- Ascension de l'anneau de Bandl.
- Tension douloureuse du ligament rond.

Puis brusquement ; dramatiquement se constitue la

II) Phase de rupture proprement dite :

La paroi utérine n'a pu supporter l'effort ,elle a cédé et la femme accuse une douleur déchirante (et c'est bien le terme qui convient dans le bas ventre.

Il s'agit d'une femme ,multipare ,aux antécédents obstétricaux plus ou moins marqués et qui présente en travail long au cours duquel l'utérus se relâche mal et pendant peu de temps.

La femme est fatiguée ,s'agite ,souffre de façon permanente et encore plus dès qu'on l'examine .

Cependant l'état général de la parturiente reste bon , le pouls ,bien que rapide ,est bien frappé et la tension artérielle normale .

Il est également à noter que le fœtus est dans une position de présentation par le trépan de fond ,sans retentissement clinique immédiat bien important ,sauf peut-être une douleur plus vive (mais pouvant passer inaperçue chez cette femme qui souffre depuis plusieurs heures). Si la présentation est engagée ,le fœtus ne peut ascensionner ,seuls deux signes sont constants :

- La disparition des bruits du cœur .
- Le relâchement de l'utérus .

Signes qui doivent immédiatement faire penser à une rupture et terminer rapidement l'accouchement si la présentation est engagée ou pratiquer une hystérotomie dans le cas contraire .

Malheureusement ,l'accouchement est difficile ,certes ,mais le travail finit par progresser ,souvent aidé par une intervention extérieure (injection d'oxygène notamment) .Une application de forceps terminera l'accouchement ,d'autant plus indi-

quée que le fœtus donne des signes de souffrance.

Mais tout de suite après la naissance les choses se gâtent la femme présente des signes de choc ,tombe en syncope , la tension artérielle s'effondre ,le pouls s'accélère.

Une hémorragie plus ou moins importante se fait jour et la main découvre vite la poche utérine ,parfois seulement après avoir décollé le placenta.

Plus rarement c'est après la délivrance qu'apparaîtront les signes de choc et une révision utérine fera le diagnostic. Ailleurs enfin ,le choc est primitif et on est étonné de trouver à la laparotomie une cicatrice de césarienne qui a cédé dès les premières contractions alors que le col est à peine dilaté ,parfois pas encore effacé.

Aucun signe n'aurait pu faire prévoir la rupture sinon la disparition des bruits du cœur.

Ces formes cliniques doivent être bien connues car elles posent souvent ,par leur latence et leur fréquence un problème diagnostique difficile à résoudre et qui met en jeu la vie de la malade.

DIAGNOSTIC.

Il est évident si le tableau classique est au complet et on ne laissera pas le temps de s'installer au syndrome de choc - Dans certains cas le diagnostic peut être prévu à l'avance Par exemple chez cette femme arrivant à l'hôpital en travail. A l'examen on s'aperçoit que c'est une présentation de l'épaule tandis que l'interrogatoire révèle des antécédents de césarienne.

Une laparotomie est aussitôt pratiquée et, sous les yeux des opérateurs la cicatrice se désunit pendant une contraction permettant l'extraction spontanée de l'enfant. (Grasset) Mais toutes les cicatrices ne sont pas aussi complaisantes et n'attendent pas d'être à l'air libre pour s'ouvrir !

-La plupart du temps ces désunions de cicatrices sont silencieuses et ne se manifestent que tardivement par l'apparition d'un syndrome de choc.

-C'est dire la nécessité de faire une révision utérine systématique après l'accouchement de toute femme antérieurement césarisée.

- De toutes façons la révision utérine fait souvent le diagnostic de rupture, c'est ainsi que sur 50 observations, la grande majorité des ces ruptures a été découverte par

l'introduction de la main dans les voies génitales d'une femme présentant un syndrome hémorragique ou une hémorragie

valvulaire après l'accouchement. On a vu, en effet, que l'hémorragie fréquente le l'État de la femme est souvent la cause de l'hémorragie, et que la présence de la main dans les voies génitales agit comme un tampon sur les brèches de petite dimension, tampon dont la disparition permettrait à l'hémorragie de se donner libre cours.

agissait comme un tampon sur les brèches de petite dimension, tampon dont la disparition permettrait à l'hémorragie de se donner libre cours.

- L'importance de l'hémorragie dépend de trois facteurs :
- Le degré d'écartement des lèvres de la plaie.
- L'atteinte ou non des vaisseaux utérins
- L'importance du décollement placentaire.

C'est ainsi que l'hémorragie sera retardée si la brèche si-
 gne dans le placenta, et si le placenta est décollé.
 On a vu, en effet, que l'hémorragie est souvent la cause de l'hémorragie, et que la présence de la main dans les voies génitales agit comme un tampon sur les brèches de petite dimension, tampon dont la disparition permettrait à l'hémorragie de se donner libre cours.

livraison proprement dite et ne pourra être fait que par la révision utérine. Dans une observation datant de 1954 à la clinique Tarnier, ce n'est qu'après l'hystérectomie et l'examen minutieux de la pièce opératoire, qu'a pu être

Malgré les progrès des traitements médical et chirurgical la rupture utérine reste un accident presque toujours mortel pour le fœtus et trop souvent pour la mère.

C'est le but principal de ce travail de montrer qu'en 1946 et en 1947 les hospitalisés ne sont encore voir mourir des femmes après une rupture utérine, ceci à la lumière de deux observations très récentes qu'il m'a bien voulu me confier le Professeur Lantuéjoul et qui sont annexées à ces pages.

Ces observations ne sont pas exceptionnelles et sont tout à fait comparables à deux observations publiées en 1945 à Nancy (Loyot et Ribon).

On peut considérer qu'actuellement plus du tiers des ruptures utérines comporte une évolution mortelle ; plus exactement 36% (sur 239 cas) ce qui correspond à peu près aux statistiques publiées par d'autres auteurs :

- Ecalle 35%
- Lanspert 40%
- Sauvage 23%
- Scipiades 27%

Alors que les statistiques anciennes donnaient, en 1879, 1884 de mortalité maternelle globale de pourcentage n'a cessé de

diminuer contre en tenant les chiffres suivants :

- 1879-1889	: 90%
- 1889-1899	: 88%
- 1899-1909	: 64%
- 1910	: 60%
- 1927	: 35%

Par contre le pourcentage de mort foetale reste très élevé 98 à 99% , les seuls cas où le foetus peut être sauvé restant les ruptures tardives , se manifestant après la naissance . Trois enfants seulement ont survécu sur les 239 observations . Un quatrième aurait certainement vécu s'il n'avait été anencéphale et il est digne de remarque qu'il ait vécu 48 heures (Observation n° II)

En ce qui concerne l'influence de la cause ou du siège de la rupture sur le pronostic , on peut noter :

- la gravité des ruptures du segment inférieur , malheureusement les plus fréquentes .

Gordon et Rosenthal (1944) relèvent 61 ruptures du segment inférieur sur 64 cas de ruptures utérines mortelles . Les deux observations de ruptures mortelles ci jointes portent également sur le segment inférieur .

- la gravité des ruptures survenant chez des femmes aux antécédents peu étonnants ou méconnus .

Beacham publie, en 1947, 11 cas de ruptures dont :

Six décès sur 23 ruptures après césarienne.

quarante décès sur 75 ruptures sans antécédents.

D'où l'on peut conclure que les ruptures après césariennes ont un meilleur pronostic que les autres.

On s'accorde d'ailleurs à faire dépendre le pronostic des ruptures utérines des facteurs suivants :

- La précocité du brisement d'où la nécessité d'un diagnostic encore plus précoce.
- L'importance et le siège de la rupture ; nous avons vu la plus grande gravité des ruptures du segment inférieur, ajoutons y les ruptures des bords de l'utérus qui situent à proximité des troncs vasculaires dont la lésion entraîne une hémorragie rapidement mortelle.
- L'existence du fœtus dans l'abdomen est également un facteur de gravité car il constitue un corps étranger de volume important qui aggrave les complications mécaniques et infectieuses.

On a cependant observé des cas (historiques et même contemporains - en Afrique notamment) de femmes survivant très longtemps à une rupture spontanément guérie et conservant dans l'abdomen un fœtus enkysté parmi les anses intestinales.

L'une d'elles aurait même eu secondairement une grossesse !

TRAITEMENT.

Ses indications font l'objet de nombreuses controverses depuis quelques années, les indications de la suture s'étant beaucoup développées grâce aux progrès du traitement médical per et post opératoire.

C'est ce que prévoyait maint en disant il y a quelques années :

" L'usage des antiseptiques modernes laisse espérer que le sacrifice de l'organe ne sera pas toujours inéluctable. " " Nous serions tentés d'essayer sa conservation dans certains cas favorables. "

Cette position encore timide en faveur de la suture est maintenant très résolue et pour certains, la suture peut être pratiquée dans la majorité des cas.

Telle est l'opinion de l'école d'Alger avec l'affont et l'école de la faculté qui dispose d'un abondant matériel d'étude étant donné la fréquence des ruptures en Algérie du Nord, et dont les statistiques donnent un pourcentage de succès après suture supérieur à celui de l'hystérectomie (70% contre 60% pour cette dernière).

Tel est également l'avis de nombreux auteurs anglo-saxons qui appuient eux aussi leur position favorable à la suture sur des statistiques :

- Morrison et Douglas ont pratiqué sur 45 ruptures :

11 sutures avec 100% de succès

25 hystérectomies avec 15 survies seulement.

9 fois ils se sont abstenus d'intervenir et ont eu 4 échecs à l'opération. Les ruptures faisaient 3 sutures dont deux succès tandis qu'ils pratiquaient 12 hystérectomies avec 14 succès et 8 échecs ce qui donne, là encore, l'avantage à la suture.

Par contre les auteurs français ont de moins bonnes statistiques en ce qui concerne la suture : 50% de succès seulement : ils reconnaissent cependant que les suites opératoires en sont plus simples et que l'avenir obstétrical de la femme peut être conservé.

Ce dernier point est, lui aussi, l'objet de discussions : en effet, il s'agit de savoir si la suture doit ou non s'accompagner d'une ligature des trompes.

Les uns veulent éviter à la femme une nouvelle grossesse dans un utérus si prédisposé à la rupture, les autres affirment qu'une paroi cicatrisée n'est pas plus fragile qu'une paroi césariée.

A l'appui de cette thèse, Laffont et Faraggi ont publié en 1950 une observation d'accouchement normal chez une femme.

qui avait subi 18 mois auparavant une suture pour rupture utérine. L'enfant pesait 3.100 grs et les suites de couches furent absolument normales.

- Quant à l'hystérectomie elle fut longtemps le seul traitement chirurgical des ruptures.

Elle était totale, subtotale ou à la Porto ; actuellement elle est presque toujours subtotale.

Les statistiques sont d'ailleurs en faveur de cette dernière technique :

- 75% de succès après subtotale

- 60% seulement après totale.

D'autres statistiques sont moins favorables à l'hystérectomie : Formé publie 59% de succès et Sauvage 55% ;

Kolouchkine 47% et Aman 43% seulement.

Dans certains cas, rares en France mais qui se rencontrent plus souvent en Afrique du Nord (12% des ruptures), on a affaire à des formes dites négligées, c'est à dire à des femmes vues plusieurs heures et parfois plusieurs jours après la rupture.

L'état de ces femmes ne permet généralement pas un acte chirurgical immédiat et l'abstention s'impose sans intervention se pouvant utilement être pratiquée qu'après un déchoquement et un traitement anti-infectieux énergique.

De toutes façons, s'il faut en croire l'opinion formelle des auteurs de l'école d'Alger, toute tentative d'intervention dans ces formes négligées se solda par un échec :
 " Toute tentative d'intervention, chez de telles femmes entraîne inévitablement la mort. " (Bonafas et Garès)

.....
 Quelle attitude thérapeutique adopter actuellement devant une rupture utérine ?

Elle doit être comme l'a si bien écrit Esch, adaptée aux données étologiques et aux circonstances cliniques :

I) La rupture utérine était à redouter, la malade en milieu chirurgical, le diagnostic a été fait très tôt.

Les signes de choc n'ont pas eu le temps d'apparaître car l'hémorragie n'est pas très abondante.

Il s'agit en général d'une rupture longitudinale médiane et la conduite qui s'impose dans ce cas, qui survient environ une fois sur quatre, est la suture de la plaie.

Chez les femmes jeunes à bassin peu touché, on ne lie pas les trompes. Pas ou peu de drainage.

II) La rupture s'accompagne de tout son cortège classique la femme est en état de choc, saignée à blanc.

Le plus urgent est de combattre le choc, de briser le cercle vicieux hémorragie + choc en reconstituant la masse sanguine et en limitant les réactions de défense de l'organisme.

On fera donc une perfusion ou une transfusion de sang total auquel on ajoutera des médicaments destinés à combattre le choc en "déconnectant" l'organisme suivant l'exercice moderne.

Ce n'est qu'après la laparotomie, à l'examen direct de l'utérus que l'on pourra décider de la conduite à suivre.

- S'agit-il d'une plaie à bords réguliers, pouvant être facilement rapprochés, n'atteignant pas les pédicules latéro-utérins, siégeant en tissu sain on peut faire une suture mais que l'une quelconque des conditions optimales précédentes vienne à manquer et c'est l'hystérectomie que l'on devra lui préférer, subtotale autant que possible après avoir novotomisé les ligaments utéro-sacrés avant leur section pour éviter le choc qui en résulte.

III) En ce qui concerne les ruptures négligées nous avons vu plus haut la conduite qu'il faut suivre.

- Tels sont les traitements des ruptures utérines au cours du travail : la survenue de complications dans les suites opératoires est rare, surtout après une suture mais elles peuvent nécessiter l'emploi d'antibiotiques, d'anti-coagulants etc. dont l'emploi a pratiquement réduite à néant la mortalité post opératoire.

Les six observations inédites de ruptures utérines qui suivent proviennent toutes des archives de la Maternité Tarnier et ont été divisées en deux groupes :

- Les deux premières ont eu une issue fatale pour la mère et pour l'enfant.
- Les quatre suivantes, au contraire, ont été suivies de guérison pour les quatre femmes et trois des quatre enfants ont survécu.

Nous exprimons au Professeur Lantuéjoul notre gratitude pour nous avoir permis de publier ces observations.

DEUX OBSERVATIONS DE RUPTURES UTERINES AU COURS DU TRAVAIL , D'EVOLUTION MORTELLE.

1) Madame Po. Héloïse.

Madame Po. entre à la Maternité le 22 Mai 1956 ,envoyée par son médecin traitant pour contractions utérines intermittentes.

Elle est presque à terme d'après ses dernières règles.

Sa grossesse a déjà failli être interrompue au cours de son troisième mois à l'occasion d'une " forte émotion ", un mois plus tard survient une phlébite bilatérale des membres inférieurs qui fut traitée médicalement et guérit sans séquelles.

C'est la sixième fois que Madame Po. âgée de 40 ans ,est enceinte :

- Réglée à 12 ans et de façon régulière ,sa première grossesse remontait à 1941 ,elle s'était terminée par une application de forceps et la naissance d'une fille de poids normal
- En 1945 et 1950 deux avortements suivis de ouretages .
- En 1955 une grossesse gémellaire ,encore une application de forceps à l'accouchement naissance de deux garçons de 3.900 et 3.100 grs/

Enfin en 1954 accouchement normal d'une fille de 3,000 grs
suivi d'une délivrance artificielle . suites de couches
normales.

Une appendicectomie en 1946 est son seul antécédent patholo-
gique.

L'examen de cette femme à son entrée met en évidence l'ab-
sence de présentation , pas de signes de début de travail
sinon quelques rares contractions peu douloureuses.

Dans les jours qui suivent ces contractions cessent sans
qu'on demande un contenu utérin qui révèle une monstruosité
du fœtus : il est anencéphale .

Malgré cela la femme le sent remuer et les bruits du cœur
sont audibles.

Le 25 Mai la grossesse est théoriquement à son terme.

- Le 4 Juin rien de nouveau se produisant on décide de
faire une perfusion d'extract hypophysaire à raison de 5
unités dans 500 cc. de sérum glucosé et à la cadence de
XX gouttes/minute.

La perfusion passe pendant une heure sans aucun effet.

Le 14 Juin : une nouvelle tentative de relâchement du
travail est faite :

- 11h : la perfusion est mise en place , rapidement des con-
tractions utérines apparaissent.
- 13h : la perfusion passe à raison de XXX gouttes/minute

des contractions surviennent toutes les deux minutes et durent 40 secondes, le col est périmétral à un doigt, rigide encore long, la présentation est élevée et mal appliquée, les bruits du coeur sont bons.

- 14h45: les membranes sont rompues artificiellement, un liquide clair s'écoule, la présentation se applique sur le col qui est dilaté comme 5 francs, il s'agit d'une face, les contractions se poursuivent sur le même rythme que précédemment, séparées par des périodes de relâchement. Les bruits du coeur sont moins bons, par contre l'état de la mère est très satisfaisant, sa tension artérielle est à 10/6. La perfusion passe à XL gouttes/minutes.

- 15h45: les contractions utérines se rapprochent, le col se dilate irrégulièrement, plus à droite qu'à gauche, il est souple, la présentation est très appliquée.

Le relâchement entre deux contractions est toujours plus lent; les bruits du coeur restent sourds.

Une nouvelle perfusion d'extrait hypophysaire remplace la précédente, émise; on y ajoute 1/2 ampoule de réaustol géol et on donne à la parturiente le musque d'Erylène. L'état général de la femme reste inchangé.

- 16h20: la dilatation est complète, la tête descend en sub-occiputienne; la malade est mise au pied du lit et accouchée à 16h30 d'un garçon anencéphale vivant.

Immédiatement après la naissance, un saignement en jet se produit par le vulve. Le retour à la normale est spectaculaire. Elle pâlit aussitôt tandis que pouls et tension objectivement par leurs modifications un état de choc est tal et s'aggravant rapidement.

Une délivrance artificielle est tout de suite pratiquée et la main découvre une brèche du segment inférieur dans laquelle elle pourrait passer.

- 16h35 : la malade est mise en position défilive tandis qu'une demande d'aide d'urgence est faite. On attendait on installe une perfusion de plasma à laquelle on ajoute du ressué et du Syn-artyl. Enfin la femme est mise sous O2. L'hémorragie ne diminue plus et peu à peu l'état général semble s'améliorer.

- 17h : une nouvelle révision utérine montre l'importance de la lésion qui occupe le bord droit du segment inférieur, près de la face postérieure, sous péritonéale. On constate également la présence d'un gros hématome dans le paramètre droit.

- 17h15 : la malade est à nouveau l'état général s'altère, les signes de choc réapparaissent, la tension qui était

... à 100/0 s'effondre à nouveau ,le pouls devient 33.
imprenable.

Le sang demandé arrive et un flacon est immédiatement passé
à cadence maxima.

- 17h45 : Passage de la malade en salle d'opérations . Le
choc semble régresser.

- 18h15 : médiane sous ombilicale . L'ouverture du péritoine
confirme la rupture du bord droit du segment inférieur
noyée dans un volumineux hématome sous péritonéal, décol-
lant le péritoine viscéral jusqu'à la paroi pelvienne la-
térale et fusant dans le ligament lombo-ovarien.

La brèche occupe tout le bord droit du segment inférieur
et déborde même sur le bord droit du corps utérin.

Insuffisance totale puis résection et tamponnement :

L'hémostase paraît satisfaisante et on ne juge pas néces-
saire de faire un tamponnement dans la zone de décollement.

Fermeture de la paroi en trois plans.

- 19h15 : fin de l'intervention. Le choc reste important ,
le pouls n'est perçu qu'à la carotide ,la tension est im-
prenable ,la malade est cyanosée à 100/0 et ses extré-
tés , mydriase nette ,respiration normale.

- 21h : nette amélioration de l'état général :

La tension est remontée à la maxima de 7 , le pouls , quoiqui-
rapide et irrégulier , est perceptible à la radiale .

Bientôt la femme reprend connaissance (l'anesthésie a

été très légère) quelques courbes de ECG et peut même
échanger quelques mots avec son mari .

Devant cette amélioration le malade est transporté dans
sa chambre tandis que l'on poursuit la perfusion de sang
et l'administration d'oxygène .

- 21h45 : l'amélioration persiste le malade est bien colo-
rée , la tension se maintient , le pouls est bon .

- 22h : arrêt cardiaque . Atropine et adrénaline intra vei-
neuses , respiration contrôlée , tentative de massage car-
diac transthoracique . Adrénaline intra cardiaque restant
sans effet .

- 22h20 : cessation des efforts de réanimation .

Vérification post-mortem .

- Il existe une lésion de sang en caillots dans le liga-
ment large et sous le péritoine pariétal postérieur .
La péritonisation n'a pas bougé .

Il ne semble donc pas que l'on puisse expliquer la mort
par une reprise de l'hémorragie .

Examen de la pièce opératoire. (Pr. Lantuéjoul.)

- Aspect général de la cavité utérine : l'utérus est normal
et l'ovaire est normal. L'utérus est normal et l'ovaire est normal.

On constate une lésion de la cavité utérine : l'utérus est normal
de la rupture sur un centimètre environ.

Ouverture de l'utérus sur la ligne médiane : aspect normal
de la cavité utérine. Les deux cornes utérines sont très
profondes, on peut y engager la première phalange des deux
pouces. La caduque paraît normale.

La déchirure se prolonge sur la face utérine du muscle, les
couches superficielles étant déchirées les dernières.

La déchirure forme ainsi une sorte de V à pointe supérieur
ayant une hauteur d'environ deux centimètres.

L'épaisseur de l'utérus est normale, pas de traces d'adhé-
rence sur la séreuse.

L'ovaire gauche est très atrophié. L'ovaire droit comporte
un corps jaune d'aspect normal.

Discussion.

Tout semblait indiquer que la partie était gagnée et que
la femme était sauvée et pourtant.

A quelle cause attribuer cette mort subite?

A une échelle plus haute, une vérification statistique plus poussée aurait peut être pu la mettre en évidence.

La mort de cette femme est d'autant plus déplorable que le fruit n'était pas viable et n'a survécu que quelques heures à sa mère.

Plusieurs facteurs semblent avoir entraîné la rupture :

- Cette femme avait des antécédents fragilisés par six gestations, deux curetages, une grossesse gémellaire enfin deux applications de forceps.
- Le fœtus était anencéphale et se présentait par la face (bien nécessairement d'ailleurs puisqu'il n'avait pas de crâne)

Mais surtout ce monstre était d'un volume très important, pesant plus de quatre kilos alors que le poids de sa tête était bien inférieur à la normale. Son diamètre bisacromial notamment était très supérieur à la normale.

Il en est résulté une disproportion relative qui a été le facteur déterminant de la rupture beaucoup plus que la perfusion d'hyaluronate qui aurait donné une rupture plus précoce. (Elle a cependant eu un rôle adjuvant probable)

- Le siège de la breche était de mauvais pronostic, car les sutures des bords sont les plus hémorragiques, mais l'hystérectomie rapide semblait avoir sauvé la femme sauf complications inattendues.

III Mme M. Juliette.

Cette femme, enceinte pour la troisième fois, est suivie régulièrement à la consultation prénatale de l'annéer depuis Novembre 1954.

Se grossesse duranta à sa fin du mois d'Avril 1955 arrive donc à son terme et s'est déroulée normalement.

Agée de 37 ans, Madame M. n'a pas d'antécédents pathologiques dignes d'intérêt.

La point de vue obstétrical, elle est réglée normalement depuis l'âge de 14 ans sa première grossesse remonte à 1931 c'est à dire à l'âge de 33 ans seulement.

Elle a d'ailleurs été intervenue au 3^e mois par un avortement qui - d'après la malade - aurait été du à une infection génitale intermittente. Avortement qui a nécessité un curetage et une transfusion

Une accouchement normalement au mois de Juin 1953 et va nécessiter le port d'une ceinture autoélastique pour présentation transversale.

L'accouchement est long et difficile et nécessite l'application d'un forceps pour bassin généralement rétréci.

Naissance d'une fille de 3.200 grs, délivrance et suites de couches normales.

Tels sont les antécédents obstétricaux de cette femme qui vient consulter au terme d'une troisième grossesse.

La présentation ,qui était transversale jusqu'au huitième mois ,s'est spontanément transformée en siège à l'approche du terme .

La femme est hospitalisée préventivement ,étant donné ses antécédents ,le 25 Mai 1955 .

Le travail se déclenche quinze jours plus tard seulement et la parturiente entre en salle de travail le 10 Juin à

- 0h30 : l'examen montre qu'il s'agit d'un siège décomplet avec excès de liquide .le col est à deux francs ,souple et mince .la présentation est mobile ,les contractions durent 40" secondes et surviennent toutes les cinq minutes .

- 0h50 : la poche des eaux se rompt spontanément ,livrant passage à un liquide clair ,le col est à cinq francs et les contractions utérines se rapprochent , Les bruits du coeur sont normaux .

- 1h20 :la dilatation a peu progressé (petite paume) et la présentation est appliquée mais les contractions restent faibles ne durent que 20 secondes et ne se produisent que toutes les trois minutes .

On fait alors une injection de 20 mg de Sparteine .

- 4h45 : la dilatation est presque complète ,le siège engagé en sacro-iliaque gauche antérieure .

Mais ,durant l'heure suivante , aucune progression dans

La descente de la présentation ne se manifestant malgré une nouvelle injection de 20 ccs de Spartéine et la malade ne pouvant de pousser, on fait une tentative d'expression artificielle qui reste sans résultat.

3h40 : On décide d'abaisser un pied. Sous anesthésie générale on vérifie que la dilatation est complète puis on abaisse facilement le pied postérieur, la fosse antérieure restant accrochée au dessus du pubis.

Une grande extraction de siège est alors mise en oeuvre, le pied antérieur est difficilement abaissé, la portion grêle et sans battements apparaît alors.

les bras sont relevés, l'un est difficilement abaissé mais l'abaissement du bras antérieur s'avère impossible.

On essaie vainement de transformer ce bras antérieur en postérieur et, après de nombreuses tentatives, se produit une fracture de l'humérus et le bras s'abaisse enfin.

La tête s'oriente et s'engage facilement par flexion.

7h15 : Naissance d'un garçon en état de mort apparente et pesant 4.200 grs. Il ne pourra pas être ranimé.

Pendant ce temps l'état de la mère s'aggrave brusquement, elle pâlit, le pouls s'accélère, la tension artérielle s'effondre à 8/3 puis à 5/2.

Discussion.

Le sort s'est acharné sur cette femme , tous les facteurs de mauvais pronostic sont ici réunis :

- Elle avait un utérus fragilisé par un curetage et un accouchement difficile.
- Elle avait une disproportion foeto-pelvienne du fait de son bassin généralement rétréci.
- Le diagnostic de rupture a été posé tard , alors que les signes de choc évoluaient rapidement parceque :
- la rupture d'un organe de l'utérus comportait certainement un pédicule vasculaire.
- Enfin elle a pati des difficultés administratives qui , en empochant une Maternité avant une activité chirurgicale et recevant des urgences de pouvoir stopper du sang , ne lui a pas permis de bénéficier à temps d'une perfusion sanguinée , seule manière de la sauver.

Notons pour terminer : La confirmation que donnent ces deux observations à la gravité des ruptures des bords de l'utérus toujours très hémorragiques.

AU COURS DU TRAVAIL , AVEC GUERISON.

I. Madame Br. 30 Janvier 1952.

- Il s'agit d'une femme de 41 ans sans antécédents obstétricaux mais dont la première et seule grossesse s'est terminée par une césarienne corporelle à terme pour disproportion foeto-pelvienne (1949) et qui avait donné naissance à un enfant de 4.400 grs.
- La parturiente est entrée quelques jours avant le terme prévu à la clinique Darnier . ses antécédents , ajoutés à la notion de bassin transversalement rétréci faisant craindre un accouchement difficile .
- Le début du travail se fait le 29 Janvier : c'est une présentation céphalique , dos à gauche . les ornits du cou sont normaux .
- Cependant l'évolution du travail n'est pas satisfaisante car si le col se dilate normalement , la tête ne s'engage pas et reste seulement appliquée tandis que l'on constate un chevauchement important des os du crâne et surtout que les contractions utérines sont rapprochées et intenses .
- Bientôt la contracture utérine devient évidente . l'utérus prend la forme en sautier caractéristique de la phase de

prérupture ,on décide de faire une césarienne itérative.

- L'état de la malade est bon bien qu'elle souffre beaucoup du fait de sa contracture utérine. Tension : 15/8.
- On fait une médiane sous-ombilicale et dès l'ouverture du péritoine ,on constate la présence d'une tumeur saillant sur la face antérieure de l'utérus ,au dessus de la vessie ,allongée dans le sens vertical et mesurant 12 cms de long sur 5 cms de large.
- Un examen plus approfondi révèle qu'il s'agit d'un fœtus extériorisé dans l'abdomen à la faveur de la rupture de la cicatrice de césarienne corporelle.
- De fait ,après effondrement du péritoine ,on tombe sur l'épaule de l'enfant passant entre les lèvres de la plaie désenclavée sur 10 cms environ et qui ne saigne nullement.
- On agrandit la brèche pour extraire l'enfant ,un garçon vivant qui crie après quelques minutes de soins et qui pèse 4.700 grs (délivrance artificielle par olivage).
- Hystérectomie totale avec conservation des trompes et des ovaires. Suture du moignon de col en deux plans.
- Péritonisation recto-vésicale , larc en 4 plans.
- Suites opératoires normales , la malade sort 12 jours plus tard avec son enfant.

Discussion.

A l'opposé de la forme grave de l'observation précédente ,
il s'agit ici d'une forme réunissant toutes les conditions
favorables.

Le diagnostic a été posé avant la constitution de la rupture
dont on s'apprêtait à faire la prophylaxie ; par conséquent
le traitement était déjà mis en oeuvre quand la rupture s'es
produit.

Elle n'était pas compliquée de lésions graves de l'utérus de la
interversion utérine ; l'utérus était - comme habituellement

- D'autre part , l'extériorisation du fœtus ne devait pas
durer de longtemps puisqu'il vivait encore .

On a donc pu sauver non seulement la mère mais encore l'en
fant , ce qui est exceptionnel.

Peut-être même aurait-on pu sauver l'enfant en le retirant
simplement ?

II) Madame Ph. le 28 Novembre 1952.

- C'est une grande multipare qui entre en salle de travail ce jour là.

Elle a déjà présenté en effet huit grossesses dont deux n'ont pas atteint le terme (un de ces avortements a été cureté) elle a donc accouché six fois d'enfants normaux et sans complications. Elle est âgée de 44 ans.

- Par opposition aux précédents accouchements le septième commence mal, le fœtus est en position transversale et présente une épaule.

Une version par manoeuvres internes est tentée et on réussit à abaisser un pied sous anesthésie générale, la sol est largement déhiscent.

- 10h45 : extraction d'un enfant mort, du sexe masculin, après tractions modérées sur le membre extériorisé.

Aussitôt après la naissance l'état général de la malade s'altère rapidement.

- 11h : délivrance artificielle permettant de découvrir une brèche sur le bord gauche du segment inférieur, remontant au niveau du corps de l'utérus.

- L'intervention est immédiatement décidée.

- Dès l'ouverture du péritoine on constate un hématome du ligament large gauche sans hématome intra péritonéal.

- Hydramnios totale sans qu'on puisse avec netteté retrouver le pédicule utérin gauche.
- L'érosion du ligament large est vérifiée soigneusement par périclisation, paroi en trois plans.
- Pendant l'intervention on a fait une transfusion de sang total.
- A la fin de l'intervention l'état général de la malade est bon : pouls satisfaisant, tension 10/6.
- Suites opératoires normales.

Discussion.

Cette observation met en évidence la fragilisation de l'utérus de grande multipare, et qui, de plus, peut être précipitée par la rupture est facilement déclenché par la moindre manœuvre en l'occurrence une version pour présentation de l'enfant. C'est dire l'intérêt qu'il y aurait eu, si l'on avait pu voir la femme plus tôt, à faire la prophylaxie de cette présentation avant le début du travail.

Plus tard il se posait qu'à faire une césarienne suivie ou non de ligature des trompes.

Peut-être, de cette façon aurait-on pu sauver l'enfant.

III) Madame .o. 21 Janvier 1954.

- Cette femme de 25 ans entre au dortoir au début de l'après-midi pour quelques douleurs ,elle est au terme d'une troisième grossesse .

- la première ,en 1951 ,a avorté mais sans curetage .

- la seconde ,en 1952 , a été menée à terme mais un placenta praevia a nécessité une césarienne segmentaire faite à Tarnier et qui a donné naissance à une fille de 3.900 grs .

Suites de couches normales .

- 22h : le col s'effaçant et les contractions se rapprochant la femme est mise en salle de travail .

- 4h30 : la dilatation est complète ,la tête engagée à la partie haute . Bruits du coeur normaux .

la femme a eu une ampoule de Spasmalgine et 10 cgs de Sparteïne à 22h15 et 3h .

- 4h50 : la tête est engagée à la partie moyenne en gauche antérieure ,on décide de faire une application de forceps Tarnier .

Prise et rotation faciles ,nouvelle application en occipito-pubienne pour régulariser la prise . Épisiotomie .

- 5h : Extraction facile d'une fille criant aussitôt .

Poids 3.600 grs . Tension artérielle de la mère :10/5 .

- 5h15 : délivrance artificielle pour début d'hémorragie .

- Révision utérine montrant une disjonction de la partie moyenne de la cicatrice segmentaire.
- Le corps utérin restant mou, on injecte en même temps cinq unités d'extrait hypophysaire.
- La femme ne saigne plus, le sondage révèle des urines claires. L'état général est excellent. Tension 110/70.
- 6h : une nouvelle révision utérine confirme la rupture de la face antérieure du segment inférieur, précisant qu'il s'agit d'une dissociation des couches internes de la paroi sur 3 à 4 cm et d'une perforation totale sur 1 cm.
- La rétraction utérine reste excellente de même que l'état général de la malade. Tension artérielle inchangée.
- La femme est surveillée attentivement mais aucun signe d'aggravation n'apparaît, aucune hémorragie ne s'extériorise et on décide l'expectative sous antibiotiques.
- Rien de nouveau n'apparaît d'ailleurs les jours suivants. La malade ne se plaint de rien et sortira onze jours plus tard avec sa fille.

La discussion de cette observation qui présente de nombreuses analogies avec la suivante lui sera commune.

IV) Madame Ch.

Qui entre en salle de travail dix jours plus tard ,le 31 Janvier ,présente exactement les mêmes antécédents que la malade précédente .

- Elle a fait d'abord un avortement de 6 semaines en 1951 , puis elle a accouché en 1953 et à terme d'un garçon de 3 1/2 grammes non sans avoir subi ,elle aussi ,une césarienne segmentaire pour troubles de la dynamique après 24h de travail .
- Cette fois ci encore ,le travail manace d'être long ;il débute à 8h et va durer 12heures .
- La présentation est céphalique ,le dos à gauche ,le bassin parall normal .Fruits du coeur normaux .L'état de la parturiente est satisfaisant .Tension :11/8 .Pouls à 80 .
- La femme a eu deux injections de Spartéine à 15h et 16h ,totalisant 35 centigrammes .
- 20h : la dilatation étant complète et la tête engagée à la partie basse ,on décide une application systématique de 20 ceps Tarnier pour antécédents de césarienne récente .
- Prise en droite antérieure ,rotation et extraction facilitée après épisiotomie d'un garçon vivant après désobstruction ,pesant 3.200 grs .Tension de la mère : 14/8 .

- 20h50 : délivrance artificielle : le placenta se trouve en partie décollé et la révision de l'utérus montre l'existence d'une brèche longue de 10 cm au niveau de la cicatrice de césarienne segmentaire.
 - 21h : début de l'intervention, l'état général de la malade s'est maintenu.
 - Médiane sous ombilicale.
 - Au travers du péritoine on devine une zone oedématisée qui recouvre la vessie.
 - A l'ouverture du péritoine on voit le segment inférieur ouvert sur toute sa largeur, il semble que toute la cicatrice se soit désunie.
 - Il existe des zones d'aspect purulent disséminées aux lèvres de la brèche.
 - Résection des bords de la brèche puis suture de la face profonde de la paroi utérine en un plan muco-muqueux.
 - Suture de muscles en trois plans. Refoulement abdominal.
 - Paroi en quatre plans.
 - La malade est mise sous antibiotiques ; suites opératoires normales.
 - La femme sort 12 jours plus tard avec son enfant.
-

Discussion des deux observations précédentes.

- Elles sont intéressantes à plus d'un titre :

Dans les deux cas il s'agit d'un bébé parcequ'il s'agit de ruptures tardives, survenant après l'accouchement.

- A ce propos notons que sur les six observations post-natales, deux enfants seulement sont morts du fait de la rupture, le troisième étant mort secondairement parcequ'il était anencéphale.

C'est là un pourcentage exceptionnel de survie.

Dans les deux cas c'est une cicatrice de césarienne segmentaire qui a lâché alors que ses cicatrices sont considérées comme plus résistantes que ne l'étaient les cicatrices de césariennes corporeales.

Il est vrai que, dans la dernière observation, l'état local de cette cicatrice était mauvais puisqu'elle présentait une infection latente comme l'examen microscopique l'a confirmé. C'était donc une cicatrice prédisposée à la rupture.

Dans aucun de ces deux cas il ne semble s'agir de ruptures provoquées par des manœuvres intempestives, l'indication du forceps ayant été très judicieusement posée chaque fois. Il s'agit donc presque spontanément que se sont produites ces deux cicatrices puisque l'une était fragilisée et l'autre ne s'est que partiellement rompue.

- Cette le traitement a été conservateur dans les deux cas. L'abstention qui a suivi la première de ces deux ruptures est une conduite très rare mais qui se justifie absolument dans ce cas particulier étant donnée la discrétion de la rupture et de son retentissement sur l'état de la femme.
 - Il serait extrêmement intéressant d'observer une gestation grossesse chez ces femmes et surtout chez la première pour voir comment se comportera la paroi utérine au cours du travail.
 - Pour terminer sur une note optimiste, notons la curieuse coïncidence qui a permis à ces deux jeunes femmes de sortir de la Maternité à dix jours d'intervalle, avec leur enfant et leur utérus qu'elles venaient de rompre en donnant naissance à cet enfant.
- On ne peut que souhaiter que cette éventualité exceptionnelle devienne la règle et que toutes les ruptures utérines aient un pronostic aussi favorable.
-

CONCLUSION.

Elle est optimiste si l'on considère les progrès réalisés dans le traitement des ruptures utérines et les progrès réalisés avec un auteur moderne :

" A l'heure actuelle , les succès par voie abdominale et
" sectionnelles si la rupture est reconnue sont de 80 %
" et la mortalité par infection dans les ruptures utérines
" a été considérablement réduite." (Le Doyen)

- Mais il reste malheureusement des cas où la réaction
n'a pas le temps d'intervenir ou intervient trop tard
lors que le choc est irréversible.

C'est à cette extrémité qu'il ne faut pas hésiter à
tion parvenir en posant assez tôt le diagnostic de rupture.

- Si l'on ne peut éviter dans l'avenir de voir se produire
- des ruptures utérines au cours du travail , il faut espérer
- que la mortalité deviendra exceptionnelle.

Vu , le Doyen :

L. BINET.

Vu , le Secrétaire :

M. BARRIÈRE.

Vu , le Président :

P. LANTUEJOL.

BIBLIOGRAPHIE.

- ANDREAUULT. Thèse Paris 1954. n°838.
- Bertaud : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1953 p. 461.
- Bonafos & Garès : Bul. Soc. Gyn. Obst. p.351 ,1952.
- Boye & Favarel : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1950 p.113.
- Delalande : Gynécologie Obst. 1964 p.323.
- Digonnet & Granjon : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1953 p.326.
- Dumont & La Selve : Gyn. Obst. 1952 p.374.
- Ezes : Bruxelles Médical Mai 1954.
- Ezes : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1953 p. 102.
- FORGEAU : Thèse Paris 1945 n°289.
- Gordon : American Journal of Surgery 1950 vol. 80 n°3.
- Grasset & Bret : Gyn. Obst. 1952 p.591.
- Guilhem & Baux : Bul. Gyn. Obst. 1949 p.107.
- Ingram ,Alter , Carter : American Journal of Obst. and Gyn. 1952 .Vol.64.
- Laffont & Ezes : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1946 p.554.
- Laffont & Farragi : Gyn. Obst. 1950 p.72.
- LAQUERRIERE : Thèse Paris 1953 n°128.
- Latiers : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1949 p. 47.

- Le Lorier : Entretiens de Bichat 1950 p. 375.
- Loyot & Ribon : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1949 p.43.
- Marvey & Lacroix : Gyn. Obst. 1952 p.117.
- NICOLLE : Thèse Paris 1949 n°1106.
- Pausot & Bédrine : Obstétricie pratique.
- PENNEHUET : Thèse Paris 1954 n°96.
- Pery, Birbia & Dubecq : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1953
p.689.
- Rhenton & Caillot : Gyn. Obst. 1946 p.527.
- Simons : Journal of Obst. and Gyn. British Empire
Dec. 1950 p.953.
- Trillat & Caillot : Bul. Soc. Gyn. Obst. 1946 p.585.

